Aus der Universitäts-Nervenklinik der Charité zu Berlin
Leiter: Professor Dr. Bonhoeffer

Ein Beitrag zur Frage des sogenannten induzierten Irreseins

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

in Berlin

vorgelegt von

HEINRICH RÖBEL

aus Einsiedel bei Chemnitz

Tag der Promotion: 10. Dezember 1938

Buchdruckerei Franz Linke, Berlin NW 7, Marienstr. 13

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Siebeck

Referent: Prof. Dr. Bonhoefer

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern gewidmet!

Im folgenden soll versucht werden, an Hand eines Falles aus der hiesigen Universitäts-Nervenklinik aufzuzeigen, welche Relationen zwischen dem als psycho-pathologische Induktion bezeichneten Phänomen und der im Gefolge der Involution öfter auftretenden bedeutenden psychischen Umwälzung bestehen können.

Es folgt hier der Fall:

Aus dem Krankenblatt des H. Gü., Landmesser, geboren am am 8. 2. 1869, aufgenommen am 1. 4. 36, entlassen am 22. 7. 36. Krankheitsform: Involutionsprozeß (beginnende arteriosklerotische Störungen).

1. 4. 36. Patient wird von seinem Bruder in die Klinik gebracht. Zur gleichen Zeit wird seine Ehefrau auf der Frauenabteilung aufgenommen.

Angaben des Bruders: Vater im Alter von 75 Jahren einem Schlaganfall erlegen, Mutter sei an Darmkrebs gestorben. Fünf Geschwister am Leben; die älteste Schwester sei nervenkrank. Sonst keine Nerven- und Geisteskrankheiten in der Familie.

Als Kind Masern, Diphtherie und Scharlach.

Zuerst Volksschule, dann Gymnasium Frankfurt a. M. Reifeprüfung in Frankfurt. Patient sei mittelmäßiger Schüler gewesen. Im Jahre 1895 geheiratet. Mit der Frau sehr glücklich gelebt, habe allerdings in den letzten Jahren seelisch sehr leiden müssen, weil die Frau eine Herzneurose hatte, woran sie auch gestorben sei. 1910 habe dann Pat. das zweite Mal geheiratet. Pat. sei immer etwas zurückhaltend gewesen, habe nie viel Freunde gehabt. Keine Kinder in beiden Ehen. In allen Jahren nie ernstlich krank gewesen. Vor 4 oder 5 Jahren Unfall: Bei Vermessungsarbeiten sei ihm ein Grenzstein auf den Rücken gefallen. Er habe 5 Wochen im Lichtenberger Krankenhaus gelegen. Im März 1935 hatte Pat. einen Autounfall, deshalb Prozeß, Schadenersatzklage, in der Pat. freigesprochen wurde. Im Februar 1936 habe Pat. Differenzen mit der Steuerbehörde gehabt. Nähere Angaben kann aber der Bruder nicht machen. Pat. sei immer schon etwas launisch gewesen, mißtrauisch gegen alle Menschen und habe sich in den letzten Jahren mit seiner Frau vollkommen zurückgezogen. Er sei schon immer „komisch" gewesen. Vor etwa 14 Tagen habe Ref. Kenntnis erhalten, daß sich sein Bruder und dessen Ehefrau eigenartig benehmen. Pat. habe alle Menschen für Spitzel der Polizei gehalten, fühlte sich überall verfolgt. Am Sonntag sei der Pat. zum Ref. gekommen.

Sie hätten auf einer Bank gesessen, plötzlich habe Pat. auf das andere Ende der Bank gezeigt und gesagt, dort sitze auch wieder ein Spitzel. Pat. möchte gern essen, glaubt aber, das Essen sei vergiftet. Wenn seine Frau ihm eine Stulle mit Butter zurecht mache, esse er nur, wenn seine Frau die Hälfte davon auch esse. In der Wohnung seien überall Löcher angebracht. Durch diese Löcher würden die Nachbarn mittels Aetherwellen alle Gespräche abhorchen. Er werde von Aetherwellen bestrahlt, behorcht, beobachtet. In seiner Wohnung sei immer jemand gewesen. Die Leute kommen, um etwas herauszuschnüffeln. Pat. urteilte über sich, er sei ein Verbrecher, er habe die Grenzstangen nicht richtig gesetzt, habe Devisen verbrannt. Es seien alte russische Papier gewesen, die er bisher verheimlicht habe. In letzter Zeit habe er aber an Selbstmord gedacht. Andere Male äußerte er, er habe gesündigt, er sei ein schlechter Mensch, der nicht würdig sei, daß er überhaupt noch lebe. In den letzten Tagen habe Ref. beim Patienten geschlafen. Eines Tages erklärte Pat., in der Nacht sei jemand an seinem Schreibtisch gewesen und habe dort herumgeschnüffelt. Man mußte immer leise sprechen, weil sonst alles an die Öffentlichkeit komme. Die Strümpfe, die in der Toilette an einer Leine zum Trocknen hingen, seien plötzlich ohne jede Ursache heruntergefallen, als Pat. in die Toilette gekommen sei. Das müsse doch etwas zu bedeuten haben. Die Strümpfe seien durch den Einfluß der Aetherwellen heruntergefallen. Die letzte Nacht habe Pat. in Hosen geschlafen, um sich nicht erst anziehen zu müssen, wenn er von der Polizei geholt würde. Pat. sei vollkommen willenlos, folge allen Anordnungen des Bruders ohne langes Zureden. Früher sei der Pat. immer ein fleißiger Mensch gewesen, der gewissenhaft seine Aufträge erfüllte; jetzt sei er einfach unfähig, etwas zu tun. Heute habe Ref. Pat. in die hiesige Klinik gebracht, da es zu Hause nicht mehr weiter gegangen sei. Früher habe er eine ähnliche Erkrankung nie gehabt. Er sei zwar immer etwas komisch gewesen, aber krank in dem Sinne wie jetzt nie. — Venerische Infektion: wird negiert. Alkohol: sehr mäßig. In letzter Zeit überhaupt keinen mehr. Nikotin: höchstens zwei Zigarren in der Woche.

Angaben des Patienten (decken sich im wesentlichen mit denen des Bruders): Das Lernen im Gymnasium sei ihm schwer gefallen. Zweimal sitzen geblieben. Nach Schulentlassung vier Semester Studium an der Landwirtschaftlichen Hochschule Berlin. Examen mit zulänglich bestanden. Er habe bei verschiedenen Behörden gearbeitet. Sein Vater habe gewünscht, er solle Beamter werden, das habe ihm nicht gelegen. Er sei in Sachsen, Mecklenburg und im Spreewald tätig gewesen. 1895 habe er das erste Mal geheiratet. Die Frau sei sehr nervös gewesen, habe ihm oft Teller an den Kopf geworfen. Er habe

ihr das nicht übel genommen, da sie krank gewesen sei. Die Frau sei dann an einem Herzleiden gestorben. 1910 das zweite Mal geheiratet. Die Ehe sei immer sehr glücklich gewesen. Seine zweite Frau sei herzensgut, vom Geschlechtsverkehr habe sie aber von vornherein nichts wissen wollen. Es habe nur sehr wenig Verkehr stattgefunden. 1931 sei ihm ein Grenzstein auf den Rücken gefallen. Schambein in der Mitte durchschlagen, einige Zeit ohnmächtig gewesen. Durch Operation sei das Becken in Ordnung gebracht worden. 1935 habe er mit seinem Auto Passanten angefahren. Freunde habe er nie gehabt, habe sich immer etwas zurückgezogen. In den letzten Jahren habe er sich mit seiner Frau immer mehr von der Welt abgeschlossen. Nie habe er sich wohlgefühlt, wo viele Leute waren. Mißtrauisch sei er eigentlich nicht gewesen. Bis vor 14 Tagen habe er, wenn auch nur mit größter Mühe, gearbeitet. In letzter Zeit habe er immer das Gefühl gehabt, als ob er verfolgt würde. Überall habe er geglaubt, Polizeispitzel zu sehen. Grund habe er eigentlich dazu nicht gehabt. Er habe geglaubt, Nachbarn hätten Löcher in die Wand gebohrt, gesehen habe er die Löcher nicht. Die Nachbarn ständen unter dem Einfluß der Polizei, sie sollten alle berichten, was in der Wohnung gesprochen würde. Durch Radio und Ätherwellen werde er bestrahlt. Sie seien vom „Nachbarn vis-a-vis" ausgegangen. „Die Frau habe ich vergiften wollen, wir wollten beide aus dem Leben scheiden." Er habe den Gashahn aufgedreht, sie habe Angst bekommen und ihn davon abgehalten. Beruflich habe er sich etwas zuschulden kommen lassen. Er habe die Grenzsteine nicht richtig gesetzt. Außerdem habe er das Gefühl gehabt, gegen den tüchtigen und tatkräftigen Führer seiner Frau gegenüber etwas geäußert zu haben. Seit dieser Zeit werde er bespitzelt. Sonst sei er von jeher ein großer und begeisterter Verehrer des Führers gewesen. In letzter Zeit leicht abgespannt, schnelle Ermüdung, könnte sich nicht mehr konzentrieren. Er habe verschiedene Fehler bei der Arbeit gemacht, doch niemanden übervorteilt. Starke Kopfschmerzen, die schon morgens 5 Uhr im Bett begännen. Schlecht geschlafen, höchstens zwei Stunden am Abend, die ganze Nacht nicht. Appetit und Stuhlgang schon immer schlecht. Jetzt komme er hierher, da es ihm zu Hause nicht mehr ganz geheuer schien, und sein Bruder ihm geraten habe, die Klinik zur Wiederherstellung seiner Nerven aufzusuchen.

Alkohol: seit Jahren nichts mehr.

Nikotin: wird negiert.

Venerische Infektion: Vor Jahren eine Go.

Körperlicher Befund:

Mittelgroßer, seinem Alter entsprechender Mann in gutem Ernährungszustand und leidlichem Kräftezustand. Starke Be-

haarung an Brust, Bauch und Rücken. Fettpolster überall gleichmäßig entwickelt, über den Bauchdecken etwas stärker. Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet, keine Oedeme, keine Exantheme, keine Krampfadern. Puls: nicht beschleunigt, regelmäßig, hart. Gefäßrohr: rigide. R.R. 160/70. Neurologisch: o. B.

28. 4. 36. Klinische Demonstration durch Herrn Geheimrat Bonhoeffer. Pat. meint, er habe sich in seinem Beruf Vergehen technischer Art zuschulden kommen lassen. Eintragung in ein Dienstbuch habe er erst zu Hause, anstatt an der Arbeitsstelle selbst gemacht.

Pat. macht sich zuerst Gedanken über seine eigene Person, dann über Personen, die ihm am nächsten stehen. So meinte er, seine Frau müsse Krebs haben. — In allen diesen Fällen nehmen an sich bedeutungslose Ereignisse aus der prämorbiden Zeit durch die beim Pat. vorhandene Angst für diesen eine wahnhaft vergrößerte Bedeutung an. Die Angst ist dabei das Primäre. Sie führt dann auch zu Bedrohungserscheinungen: Der Pat. meint verfolgt und bespitzelt zu werden. Außerdem kommt es meist zu Mißdeutung infolge von Aufmerksamkeitsstörungen: der Pat. glaubt, daß die Dinge an einem anderen Ort liegen als da, wo er sie hingelegt habe. Im Bad aufgehängte Wäschestücke seien durch irgendeinen Einfluß von der Leine gefallen. Er glaubt immer noch, daß er hier von der Polizei abgeholt würde. Das Gesicht zeigt deutlich depressives Aussehen. Die Bewegungen und das Sprechen des Pat. sind gehemmt. Auf die Frage, ob er krank sei, meint er, seine Willenlosigkeit müsse wohl eine Krankheit sein.

Somatisch finden wir bei einer Tension von 160/90 ein rigides Gefäßrohr. Es handelt sich bei dem Pat. um einen Involutionsprozeß, auf dem Boden beginnender arteriosklerotischer Störungen. Diese Veränderungen entwickeln sich ebenso wie auch bei seiner Ehefrau auf dem Boden einer veränderten Persönlichkeit. In der Familie finden sich Sonderlinge, Geizhälse, Sammler und ähnliche absonderliche Persönlichkeiten. —

Er glaubt, daß die Krankheitserscheinungen zuerst bei seiner Frau aufgetreten seien.

25. 6. 36. Pat. macht bei der Visite einen ängstlichen Eindruck. Zustand kaum verändert. Pat. ißt für sich allein, schließt sich auch sonst niemanden an; mißtrauisch beobachtet er alle Vorgänge in gebückter, fast gebrochener Haltung. Es kostet Mühe, ihn morgens zum Aufstehen zu bewegen. Er folgte willenlos ins Untersuchungszimmer, gibt an, von seiten der anderen Patienten häufig kurz abgerissene Bemerkungen, meist einzelne Worte, die er auf sich beziehen müsse, zu vernehmen. Er lebe in der steten dumpfen Angst, man habe die Absicht, ihn zu be-

strafen, ja umzubringen. Pat. korrigiert nichts von seinen wahnhaften Erlebnissen, hält sich für gesund. Auch der äußere Eindruck ist unverändert. Seine Bewegungen sind langsam, die Füße setzt er beim Gehen vorsichtig tastend auf, die Arme werden beim Gehen kaum mitbewegt. Das Sprechen scheint ihn anzustrengen. Er spricht nur mit leiser, monotoner Stimme. Sein Gesichtsausdruck zeigt die traurige, niedergedrückte Stimmung, die ihn beherrscht.

22. 7. 36. Patient erklärt bei der Visite, es ginge ihm gut. Seine Erlebnisse seien krankhaft gewesen. Er könne sich das gar nicht recht erklären. Er wisse noch ganz genau, wie es angefangen habe. Er habe plötzlich in seiner Wohnung Radio gehört. Außerdem habe er gesehen, daß seine Wohnung von gegenüber beobachtet wurde. Er habe seine Frau darauf aufmerksam gemacht, die habe es auch gesehen, und da sie sehr nervös gewesen sei, noch viel mehr gesehen und gehört. Nachts habe er auch gehört, daß es geknarrt habe. Sie hätten beide gedacht, es sei jemand im Zimmer. Er glaube jetzt, es seien alles Sinnestäuschungen. Auch glaube er nicht daran, daß man ihn hier verdächtigt habe, daß er seinen Beruf nicht richtig ausgeübt hätte. Der Appetit habe sich in der letzten Woche gebessert. Pat. kommt jetzt selbständig auf einen zu und fragt nach diesem und jenem. Er macht einen sehr zurückhaltenden, empfindsamen Eindruck. So erzählt er z. B., daß ihn das Krankheitsbild eines Mitpatienten so stark beeindruckt habe; so fordert er kein Essen nach, weil die Patienten sich darüber aufregen könnten, daß er mehr bekäme.

Pat. wurde am 22. 7. 36 zu seinem Bruder entlassen.

Aus der Krankengeschichte der Marie Gü., Landmessersfrau, geb. 11. 6. 1877. Aufgenommen am 1. 4. 36, entlassen am 15. 5. 36.

Patientin wird mit ihrem Ehemann zur gleichen Zeit in die Klinik gebracht.

Angaben der Schwägerin: Vor 14 Tagen sei der Ehemann der Ref. vom Mann der Patientin dringend angerufen worden, er solle sofort zu ihnen kommen, es handele sich nur noch um Sekunden. Zu Hause erzählte dann der Ehemann der Pat., der 68 Jahre alt ist, dann erregt: Er hätte die Steuern unterschlagen, und er sei immer zu gering eingeschätzt worden, sei ein großer Verbrecher, habe Devisen verbrannt und bei seinen Arbeiten als Landmesser unkorrekt gearbeitet. Er beschuldigte sich, alle seine Brüder gehaßt zu haben. Die Nachbarn beobachteten und bespitzelten ihn und seine Ehefrau, guckten durch die Wände, kämen in die Wohnung herein, brächten Wäsche und legten sie in den Schrank der Pat., um diese und ihren Ehemann als Ver-

brecher und Diebe bei der Polizei verdächtigen zu können. Der Ehemann sei aufs Finanzamt gegangen, um sich deshalb anzuzeigen. Die Pat. und ihr Ehemann warten nun täglich darauf, von der Kriminalpolizei geholt zu werden. Die Ideen, die der Mann zum ersten Mal äußerte, nahm auch die Frau an. Bei Tisch trauen sich beide nicht zu essen, jeder schiebt dem andern das Essen zu und ermuntert ihn: „Iß Du doch!" „Nein, iß Du doch lieber!" Auf der Straße sehen sich beide Patienten nach Verfolgern und Beobachtern um und bemerken, daß sie von einem Herrn mit einer platten Nase verfolgt werden. Der Ehemann wünschte, daß Ref. seine Frau über Nacht bei sich behalten solle, sie, die Ehefrau, könne nicht schlafen, weil sie immer in der Angst schwebe, von der Kriminalpolizei abgeholt zu werden. In der Tat ißt Pat. nicht und trinkt nicht. Sie wäscht sich dauernd den Unterleib, zieht sich dreimal am Tag frische Wäsche an und wäscht die abgelegten Hemden und Schlüpfer auf der Vorderseite; zieht oft ein anderes Kleid an, weil sie erwartet, jeden Augenblick von der Kriminalpolizei abgeholt zu werden. Dabei müßte sie im sauber gewaschenen Zustand sein. Sie spricht ständig vom Selbstmord, stopft sich alte Lumpen in den Mund, um sich zu ersticken. Den Tod durch Leuchtgas lehnt sie ab, weil sie den Gasgeruch nicht vertragen könne. Die Verwandten, die sie besuchen, hält sie für Verbrecher, fürchtet von ihnen vergiftet zu werden. Sie hätten überall ins Essen Gift getan. Pat. kümmere sich nicht um ihre Besucher, sondern stiere unbeteiligt vor sich hin oder laufe aufgeregt durch die Wohnung. Sie halte sich mit Vorliebe im Klosett auf.

Der Zustand der beiden Patienten bestehe seit Anfang des Jahres. Er sei zuerst bei dem Ehemann aufgetreten, und die Patientin habe diesem vollen Glauben geschenkt. Beide seien seit jeher Sonderlinge und eigenartige Menschen gewesen, von extremer Geizigkeit. Sie lebten vollkommen abgeschlossen, verkehrten mit niemandem, auch nicht mit den Angehörigen. Die pekuniären Verhältnisse ließen nichts zu wünschen übrig. Trotzdem legten sie alles auf die hohe Kante; sie laufe in geflickten Kleidern herum, um nach außen hin ihre Bedürftigkeit zu dokumentieren.

Der Mann der Patientin habe eine Kammer eingerichtet, wo er alle möglichen Sachen zusammengetragen habe und aus der niemand etwas herausnehmen darf. Es handele sich um Streichholzschachteln, Schuhsohlen, Hufnägel usw. Die Patientin hielt das für wichtig, tat mit, der Mann sei für sie der liebe Gott gewesen. (Die Familie des Mannes besteht durchgehend aus Sonderlingen, Sammlern, geizigen und mißtrauischen Naturen. Großeltern der Patienten waren blutsverwandt.)

Patientin selbst war 34 Jahre alt als sie heiratete. Die Periode hatte damals schon aufgehört und sei seit dieser Zeit nicht wieder aufgetreten. Pat. hat keine Kinder. Als Patientin heiratete, war sie der Typ der alten Jungfer, sehr verschroben in den Ansichten, man nannte sie: „die verrückte Mimi". Sie war auffallend geschmacklos gekleidet, extrem egoistisch verlangte sie, daß sich alles nach ihr richten sollte. In der Wirtschaft und in der Körperpflege war Pat. pedantisch sauber. Ihr Schlafzimmer war in eigenartig verschrobener Weise hergerichtet: Das Fußende der Bettstellen stand am Fenster, so daß beim Schlafen am Tage das Licht in die Augen fallen mußte; um dem aber wieder abzuhelfen, wurden die Fenster verklebt. Über die frühere Entwicklung kann Ref. nichts angeben. In der Schule angeblich gut mitgekommen. Daß der Ehemann in seinem Geiz die Steuern zu gering angegeben hatte, entspricht den Tatsachen. Pat. ist früher nie ernstlich krank gewesen. Keine Geburten und Fehlgeburten.

Eigene Angaben: Sie sei im Vergleich zu ihrem Mann zuerst erkrankt gewesen. Es fing mit der Zunge an, es waren „Erhöhungen und Verschiebungen" da, „ich dachte, es ist Krebs". Ihr Mann habe Akten des Finanzamtes verschoben, habe die Steuern nicht richtig angegeben. Die Sorge um die Steuerverhältnisse habe die Sorgen um die körperlichen Beschwerden ganz zurücktreten lassen. Pat. sitzt in depressiver Haltung auf dem Bettrand, geht, sobald sie den Arzt sieht, an ihn heran und stellt mehrfach die Fage: „Wer hat mich hierher gebracht? Wer soll das alles bezahlen?"

(Weshalb hier?) „Wegen der Nerven, mein Mann hat gesagt, wir müssen beide hierher."

(Was haben Sie an den Nerven?) „Ich war furchtbar aufgeregt, ich habe schlechte Nerven."

(Weshalb aufgeregt?) „Hauptsächlich wegen der Steuergeschichte." Es habe sich um Aktien gehandelt, die ihr Mann einem anderen übergeben hätte. Das entspreche nicht den Tatsachen. Dieses Vorkommnis habe sie in große Erregung versetzt. Außerdem mache sie sich Gedanken darüber, daß ihr Mann sein Einkommen wissentlich zu gering veranschlagt habe, um die Steuerbeiträge herabzumindern. Diese Steuergeschichten hätten sie derart verwirrt, daß sie befürchtete, die Kriminalpolizei würde sie jeden Augenblick abholen. Die Aufwartefrau habe ihr erzählt, daß bei Leuten im Hause Wäsche gestohlen worden sei, und daß man den Dieb schon gefaßt habe. Daraufhin habe sie ihren eigenen Wäscheschrank gemustert und festgestellt, daß fremde Wäsche unter ihrer eigenen lag; dabei sei ihr sofort der Verdacht aufgestiegen, daß die Wäsche eingeschmuggelt war, und daß man sie zum Diebe stempeln wollte.

(Glauben Sie jetzt noch, daß es fremde Wäsche war?) „Ja, das kann schon möglich sein."

Körperlicher Befund:

R.R. 133/75. Keine pathologischen Befunde. Mittelgroße Frau mit rundlichem, etwas gerötetem Gesicht. Guter Ernährungs- und Kräftezustand, keine Oedeme, Exantheme und Drüsenschwellungen. Neurologisch keine Ausfallserscheinungen.

3. 4. 36. Patientin sitzt meist tiefbekümmert auf dem Bettrand und bittet um sofortige Entlassung, weil alles so teuer sei.

(Warum nichts zu Hause gegessen?) „Weil mir der Hals zugeschnürt war vor Aufregung." Übrigens habe der Mann auch nichts gegessen, wohl deshalb, weil er befürchtete, daß Pat. einen Zungenkrebs habe.

(Warum dauernd gewaschen?) „Ja, weil ich dachte, jeden Augenblick müsse die Polizei kommen."

(Gemeint, daß die Leute Sie beobachten?) „Ja, durch die Wände hören!"

(Wer hat von Ihnen diesen Zustand zuerst bemerkt, der Mann oder Sie selbst?) „Ich merkte es vor meinem Mann, es fiel uns zuerst im Großen Schauspielhaus auf vor 3—4 Wochen in einer Tannhäuser-Aufführung. Zu Beginn der Vorstellung habe eine Frau neben ihrem (der Pat.) Manne gestanden, die sie (beide Pat.) kurz vorher ebenfalls in ihrer Nähe bemerkt hätten. „Mein Mann sprach sie auch an und fragte sie, ob sie nicht schon einmal neben ihm gestanden hätte. Darauf sagte die Frau nein. Seit dieser Zeit merken wir, daß wir verfolgt werden."

Zu Hause habe sie immer „einen Schritt vom Fenster weg" gestanden, weil sie glaubte, sie und ihr Mann würden abgeholt. Sie habe dann alles mögliche Auffällige gesehen, was sie immer als polizeiliche Maßnahme zwecks Vornahme ihrer Verhaftung aufgefaßt habe. (Polizeibeamte auf dem Bahndamm, Menschenauflauf, Vorbeifahren von Autos.) Auf die Frage, ob sie jetzt noch der Annahme sei, daß dies alles ihr gegolten habe: „Freilich, ich bin doch schuldig." (Wessen schuldig?) „Ich bin Brötchen einkaufen gegangen; beim Bezahlen greife ich in meine Geldtasche und reiche dem Verkäufer eine Münze hin, wobei er mich komisch ansah. Als ich mir die Münze betrachte, ist ein Lutherkopf darauf. Wie die Münze in mein Portemonnaie kam, weiß ich nicht. Ich sagte zu meinem Mann: „Jetzt soll ich auch noch eine Falschmünzerin sein." Patientin gibt auf Befragen zu, daß sie alte Münzen gesammelt habe, daß die Tüte mit den Geldstücken neben ihrem Portemonnaie lag. Sie habe aber die Tüte nicht aufgemacht, es sei völlig ausgeschlossen, daß auf diesem Wege eine von den gesammelten alten Münzen in ihr Portemonnaie gekommen sein könne.

23. 4. 36. Verhalten unverändert. Patientin will nach Hause, weil es zu teuer sei. Gehemmtes depressives Verhalten. Spricht wenig.

28. 4. 36. Klinische Demonstration durch Herrn Geheimrat Bonhoeffer. Die Patientin bietet ein depressiv gehemmtes Bild. Gegenstand ihrer Befürchtung ist die mangelhafte Steuerregelung durch den Ehemann. Herr Geheimrat Bonhoeffer zieht neben einer induzierten Erkrankung auch die Diagnose Involutionspsychose in Betracht. Entscheidend für die Diagnose induziertes Irresein fällt die Tatsache ins Gewicht, daß beide Pat. abnorme Persönlichkeiten sind, die schon immer gemeinsame Interessen hatten.

10. 5. 36: Zustand der Pat. hat sich, was ängstliches, gehemmtes Verhalten und Depression anbelangt, gebessert, jedoch schließt sie nicht die Möglichkeit aus, daß ihre Befürchtungen begründet sein können; auch in der Beurteilung der Realität ihrer imaginären Erlebnisse ist sie sehr vorsichtig und zögernd. Auf Fragen, die in diesem Sinne gestellt wurden, antwortet sie: „Es könnte möglich sein, — das kann ich nicht beurteilen." Pat. ist sehr mißtrauisch; sie macht die Bemerkung: „Soll ich schon wieder verhört werden?"

13. 5. 36. Pat.: „Ich nahm immer an, daß wir wegen der Steuer beobachtet sind."

(Waren es richtige Bebachtungen?) „Die Frauen gingen, wenn wir zum Bahnhof wollten, immer mit, und ich habe auch deutlich gesehen, daß sie draußen auf und ab gegangen sind."

(Weshalb beobachtet worden?) „Wegen der falschen Steuerangabe meines Mannes."

(Die Steuern sind doch nur Sache des Ehemannes.)

„Ich hafte aber auch mit dafür."

(Weshalb so deprimiert gewesen?) „Wegen der Steuern."

(Stimmung jetzt?) „Ich fühle mich wohler."

(Wer regelt die Steuern?) „Mein Schwager sagt, daß er alles übernimmt."

Stellungnahme zu dem Wäschediebstahl. „Ich habe ganz neue Wäschestücke in meinem Schranke aufgefunden mit Monogramm und denselben Karos."

(Wessen Wäsche war es?) „Ich kann es nicht beurteilen."

Auf Fragen über ihre Zukunft nach Entlassung aus der Klinik gibt Pat. an, daß sie bei Verwandten bleiben wolle, bis ihr Mann aus der Klinik komme; dann wolle sie wieder in ihre alte Wohnung zurück.

(Auf die Bemerkung, daß dann wieder Wäsche in den Schrank getragen werde, sie dann wieder Beobachtungen ausgesetzt sei): „Das muß wohl eine Erregung von mir gewesen sein."

Während die Stimmung der Pat. etwas ausgeglichener geworden ist, hält sie an den vorgebrachten Beobachtungen und Verfolgungsideen immer noch fest. Ihre Stellungnahme hierzu läßt jedenfalls Kritik und Einsicht vermissen.

Einen ähnlichen Aspekt bot Pat. dem Verf. einen Monat später, als sie zu Besuch ihres Mannes mit ihrer Schwägerin in die Klinik gekommen war. Sie macht noch immer einen gehemmten, depressiven Eindruck; von der Unruhe und aufgeregten Ängstlichkeit, die am Anfang der Erkrankung im Vordergrund standen, ist jedoch jetzt nichts mehr zu beobachten. Pat. sagt selbst, ihr Appetit und der Schlaf seien jetzt gut, was auch die Schwägerin bestätigt. Wenn die Rede auf ihren Mann kommt, nimmt das Gesicht der Pat. einen bekümmerten Ausdruck an. Sie kämpft mit den Tränen und fragt, ob er bald entlassen werden könne. In ihrer Einstellung den Wahnerlebnissen gegenüber ist sie nach wie vor unsicher. Auf die Frage, ob sie auch jetzt noch an die Wirklichkeit dieser Erlebnisse glaube, antwortet sie ausweichend, sie könne das nicht beurteilen, es könne immerhin möglich sein. Die Schwägerin der Pat. berichtet, daß Pat. sich wieder im Haushalt nützlich mache, daß sie nicht mehr so willenlos sei wie in den Tagen vor der Einlieferung in die Kilnik. Pat. sucht während der Aussprache wiederholt Anlehnung an ihre Schwägerin; sie macht einen unselbständigen Eindruck. So wendet sie sich auf die Frage, ob die Steuersache nun geregelt sei, sichtbar ängstlich an die Schwägerin mit der Frage: „Nicht wahr, mein Schwager will doch alles in Ordnung bringen?" Aus ihrem ganzen Verhalten spricht ein gewisses Mißtrauen.

K a t a m n e s e :

28. 11. 36. Pat. macht bei der Exploration einen viel freieren, unbeschwerten Eindruck, als bei ihrer Entlassung aus der Klinik. „Damals (nach Entlassung aus der Klinik) wurde es von Tag zu Tag besser." Pat .erzählt mit großer Begeisterung und Lebhaftigkeit von einem Erholungsaufenthalt in Wiessee, der ihrem Manne und ihr sehr gut getan hätte, schildert bis ins Einzelne den Verlauf ihrer Kur. So erzählt sie mit Befriedigung, sie habe 5 Pfund zugenommen. Jetzt versorgt sie wieder ihre Wirtschaft. In der Stellungnahme zu ihren Wahnerlebnissen ist zum Teil vollkommene Korrektur eingetreten. (Wie kam damals die fremde Wäsche in den Schrank?) Pat. lacht: „Das war alles Quatsch von mir, es war eigene alte Wäsche." (Stellungnahme zum Erscheinen der Münze.) „Ach, ich war damals furchtbar aufgeregt, und so muß die wohl versehentlich in meine Geldtasche gekommen sein. (Jetzt noch Angstzustände?) „Die Angst ist vollkommen weg." Auch ihre hypochondrischen Klagen und die daran geknüpften Erklärungsvorstellungen sind nicht mehr

vorhanden. Auf Befragen erklärt Pat., diese seien unbegründet gewesen; sie begründet dieselben mit ihrer damaligen Aufregung. Als jedoch die Rede auf ihre Beobachtungs- und Verfolgungsideen kommt, wird sie plötzlich unsicher. (Ihr Mann, der bei der bisherigen Exploration schweigend dabeigesessen hatte, greift beim Vorbringen dieser Fragen plötzlich, mit lebhaftem Affektausdruck, ins Gespräch ein: „Die Verfolgungen auf der Straße müssen doch wahr gewesen sein." Auch das Beobachtet-werden durch die Wände habe er gefühlt, und das Ansprechen der Dame in der Oper könne er sich nicht eingebildet haben.)

Die Pat. antwortet auf die Frage nach ihrer Einstellung in diesen Dingen ausweichend und unsicher: „Das kann man nicht wissen, es ist eigentlich schon möglich."

Auf Befragen erklären beide Patienten, daß damals keiner von Beiden an den Erlebnissen des anderen Zweifel gehegt hätte. Patientin äußert hierzu: „Wir waren beide so erregt und wir haben es auch beide mit eigenen Augen gesehen, wie wir verfolgt wurden." So habe sie auch an der Sache mit den Aetherwellen nie gezweifelt. Auf Befragen erklärt sie, sie könne sich nicht mehr recht besinnen, ob sie dieselben gesehen oder gefühlt habe. (Der Ehemann wird bei wiederholten Fragen nach diesen Aetherwellen sehr verschlossen. „Ich kann mich auf das alles nicht mehr so recht besinnen." Er macht sonst einen geordneten Eindruck, auch bei ihm ist Krankheitseinsicht zu finden. „Damals war ich furchtbar aufgeregt, ich habe mir wohl manches eingebildet." Auf Vieles könne er sich nicht mehr besinnen.)

Als Patientin gefragt wird, warum sie sich damals so oft gewaschen, warum sie so oft die Wäsche gewechselt hätte, lacht sie verlegen. Sie sei innerlich so unruhig und aufgeregt gewesen bei dem Gedanken, daß die Polizei kommen könne. Auch ihre damaligen Selbstmordgedanken begründet Patientin mit ihrer Angst und Aufregung; ihr ist die Erörterung dieser Frage sichtbar peinlich.

Intelligenzprüfung:

Kopfrechenaufgaben:
120 : 15 = 8mal.
$^2/_4 + {}^2/_8 = {}^3/_4$.
185 — 125 = 60.
98 : 14 = 6 (?) 7.
$^1/_3 \cdot {}^1/_3 = {}^1/_6$ (??) $^1/_9$.
$^2/_5 : {}^1/_5 =$ — — Aufgabe wird nicht gelöst.

Patientin müht sich bei der letzten Aufgabe verlegen um ein Resultat.

(Hauptstadt von Schweden?) „Stockholm."
(Hauptstadt von Bayern?) „München."
(Entdecker Amerikas?) „Kolumbus."
(Mündung der Elbe?) Antwort sehr prompt: „In die Nordsee."
(Reformation?) „Neue Religion wurde eingeführt" — (??) — „andere Begriffe für Religion, andere Kirche."

Das Verständnis für physikalische Zusammenhänge ist in Anbetracht ihrer sozialen Einstufung und Schulbildung als Frau noch als ausreichend zu bezeichnen:

(Fallen eines Gegenstandes?) „Durch Schwere."
Was ist Schwere?) „Die Erde zieht an."
(Drehung der Erde?) „Um sich und um die Sonne."
(Mittelpunkt der Erde?) „Eine Achse, um die Achse dreht sich alles."

Merkfähigkeit: die Zahl 1658 wird nach 5 Minuten prompt und richtig reproduziert.

In der Erklärung abstrakter Begriffe und Deutung von Sprichwörtern bringt es die Patientin zu einer durchaus genügenden Leistung.

Unterschiedsfragen (Irrtum und Lüge?): „Lüge ist bewußt, Irrtum unbewußt."

(Rechtsanwalt und Staatsanwalt?) Patientin überlegt lange. „Staatsanwalt höherer Gerichtsbeamter, Rechtsanwalt verteidigt."

(Morgenstunde hat Gold im Munde?) „Wer früh aufsteht, kann viel schaffen. — Morgens arbeitet es sich am besten."

(Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm?) „Eltern haben Kinder; die Kinder erben das Gute und Schlechte von den Eltern."
(Wer anderen eine Grube gräbt, fällt selbst hinein?) „Wer anderen etwas Böses wünscht, dem geht es selbst schlecht."

Die vorliegende Arbeit behandelt einen Fall, bei dem neben dem Vorgang einer Induktion das Bestehen einer Psychose, und zwar einer depressiv gefärbten Involutionspsychose wahrscheinlich ist. Dabei begegnen wir aber wie in allen diesen Fällen gewissen Schwierigkeiten, die u. a. H. Schoembs beschrieben hat: Man laufe nämlich Gefahr, anstatt einer induzierten Erkrankung eine „echte Psychose" zu finden, die ihre inhaltliche Übereinstimmung erhält durch enges Zusammenleben, und die erst anläßlich der ersten Erkrankung zum Ausbruch kam. Nun berührt aber eigentlich erst die Frage, warum und wie kam es zu dieser inhaltlichen Übereinstimmung durch enges Zusammenleben, die Frage der Induktion an sich. Es sind also zweifellos

Mechanismen am Gange, die auch in diesen Fällen eine inhaltliche Übereinstimmung erwirken. So ist es wohl nicht unfruchtbar, in diesen Fällen zugunsten der Ergründung dieser Mechanismen von einer zu starren Formulierung des Begriffes Induktion abzusehen, einer Formulierung, die neben der Forderung des Nichtbestehens einer solchen „echten Psychose" auch noch das Verschwinden der sekundären Psychose nach Trennung vom Ersterkrankten verlangt.

Die Betrachtung der zur Induktion führenden Mechanismen und der für dieselben charakteristischen Phänomene läßt die Zusammenhänge erkennen, die zum induzierten Irresein führen.

Zunächst sei hier angeführt, was Leibowitz über die für das Zustandekommen der Induktion verantwortlichen Faktoren grundlegend ausführt. Wichtig ist für ihn:

1. Eine Prädisposition, sei sie angeboren oder erworben.
2. Die accessorischen begünstigenden Umstände (so enges Zusammenleben, gleiche Interessen, Abgeschlossenheit gegen die Außenwelt, Seelenharmonie usw.).

Zwei weitere, von Leibowitz beschriebene, für das Entstehen einer induzierten Paranoia wichtige Phänomene beleuchten auch im Zusammenhang mit dem oben geschilderten Krankheitsbild die zur Induktion führenden Umstände. „Der Paranoiker", so führt Leibowitz aus, „unterscheidet sich in seinem Verhalten zu wenig von einem Gesunden, um seiner Umgebung als Geisteskranker zu imponieren" und dann „die Wahnideen des Paranoikers, die vielleicht auf tatsächlichen Vorkommnissen fußen, überschreiten nicht die Grenze der Wahrscheinlichkeit und Möglichkeit (Laségue und Fabret)."

Leibowitz beleuchtet dann diese Wahrscheinlichkeit in ihrem Zusammenhang zur Intelligenz und den Bildungsgrad dessen, der die Wahnideen übernimmt, und kommt dabei zum Schluß, daß sie in jenem Zusammenhang relativen Charakter habe.

Trotz dieses fruchtbaren Gesichtspunktes von Leibowitz — besonders fruchtbar wohl im Gegensatz zu älteren Autoren, die im Streben nach exaktester begrifflicher Sauberkeit und nach möglichst selbständiger nosologischer Fixierung der Induktion den Begriff dieser Krankheitsform immer mehr eingeengt haben; so die Forderung Schönfeld's, der induzierte Teil müsse „wirklich geisteskrank" geworden sein, d. h. nach der Trennung darf es nicht zum Abklingen des pathologischen Zustandes kommen, oder Weygandt: Er verlangt im Hin-

weis auf die psycho-pathologische Übertragung, als der ausgeprägtesten Möglichkeit einer psychischen Beeinflussung, daß „der Induzierte keineswegs in gleicher Weise belastet sei wie der Induzierende", — es dürfe nicht die Möglichkeit bestehen, daß der Induzierte auch unbeeinflußt vom Induzierenden geisteskrank geworden wäre, und schließlich Partenheimer, der neben dem Nichtbestehen einer erblichen Belastung auf seiten des Induzierten und der Forderung, daß die Psychose nach Trennung des Induzierten vom Primärerkrankten einen selbständigen Charakter trage, noch eine vollkommene Identität der Psychosen im klinischen Sinne verlangt, — trotz dieser fruchtbaren Gesichtspunkte von Leibowitz sehen wir bei ihm noch nicht die neueren Fragen der systematischen Einordnung des Krankheitsbildes der Induktion berührt.

Einen großen Verdienst hat sich Bonhoeffer in dieser Richtung erworben, der in dem Referat: „Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind?" im folgenden Satz durch die Verbindung mit dem klinisch durchaus klar faßbaren Begriff der Debilität dem induzierten Irresein im Kraepelinschen System der geistigen Erkrankungen eine klare Stellung einräumt: „Das i. I., von dem die Mehrzahl der Fälle in die Kategorie des Querulantenwahnsinns gehören, sei meist auf dem Boden leichter Debilität erwachsen." Entscheidend ist also eine gewisse psychische Beschaffenheit des zu Induzierenden im Sinne der von Leibowitz postulierten Prädisposition. In der Tat hat uns die Erfahrung gelehrt, daß ein großer Teil der Fälle von induziertem Irresein auf Grund von Debilität des Induzierten erwachsen. Die Debilität ist in diesen Fällen also Ursache für eine „Herabsetzung des individuellen Urteils", die Bumcke als charakteristischen Zustand auf seiten des Induzierten beschreibt.

Wie ist nun das intellektuelle Niveau unserer Patienten zu beurteilen? — Den Anforderungen, die das Leben und ihr Beruf als Hausfrau an ihre Intelligenz stellt, scheint sie gewachsen zu sein. Ihre in der Schule erworbenen Kenntnisse scheinen durchaus der Norm zu entsprechen. Kopfrechenaufgaben wurden im großen und ganzen prompt gelöst. Sie zeigt ein gutes Verständnis für Sprichwörter. So kann man wohl von einer Debilität in diesem Fall nicht reden. Immerhin mag sich ein gewisser Mangel an positivem Wissen auf technisch-physikalischem Gebiet intellektuell als Fehlen von kritischen Gegenvor-

stellungen auswirken. (Unklare Vorstellungen über die Ätherwellen, durch die sie sich durch Wände hindurch beobachtet und bestrahlt glaubt.) Doch liegt, wie wir sehen werden, die Wurzel für die Übernahme der Wahnideen in unserem Fall mehr auf affektivem als auf intellektuellem Gebiet.

Die Herabsetzung des individuellen Urteils ist jedoch eine Erscheinung, die über den Rahmen der Debilität hinaus mitunter auch anders ausgelöst wird; so ist erfahrungsgemäß die „gemütliche Erregung" — auf deren Mitwirken beim Zustandekommen der Induktion schon K r a e p e l i n hingewiesen hat —, dazu angetan, die oben erwähnte Herabsetzung des „individuellen Urteils" herbeizuführen und damit zugleich ein vorzügliches Medium für die Induktion, geeignet also zur Übernahme von Wahnideen, eine Erfahrung, die wir besonders bei den Induktionen großen Stils, so bei den Sekten und Zusammenschlüssen mit stark gefühlsbetonten Vorstellungen oder bei den psychischen Epidemien des Mittelalters machen können. (Auf die Zugehörigkeit dieser Erscheinungen zum induzierten Irresein haben J a s p e r s und B u m c k e hingewiesen.) — Die neue Erkenntnis über die Verbreitung suggestiver Phänomene, die Erkenntnisse der Kollektivpsychologie und Psychopathologie zeigen uns hier Wege, die zur Erweiterung der Induktion aus dem Bereich klinischer Beobachtungen ins Alltägliche führen.

Nun ist der auch leider klinisch wenig konkrete, elastische Begriff der gemütlichen Erregung bei dem im Rückbildungsalter auftretenden depressiv gefärbten Psychosen — wie wir eine solche im oben beschriebenen Fall der Frau Gü. wohl vor uns haben — ein nicht durchweg anzutreffendes Symptom; im Gegenteil finden wir vieles beschrieben, was im Widerspruch dazu steht. Denn bedeutet auch die systematische Einordnung der depressiv gefärbten Involutionspsychosen wegen des Nebeneinanders der sich oft deckenden Symptome und Krankheitsursachen, so die Arteriosklerose der Hirngefäße, das Versiegen der endokrin-genitalen Quellen u. a., eine noch nicht restlos gelöste Aufgabe, so wird man diese Erkrankungen, deren Vielgestaltigkeit außerdem noch durch konstitutionelle Faktoren erhöht wird, doch wohl dem manisch-depressiven Formenkreis zurechnen müssen, mit der Rolle der Involution als Auslöser der Psychose und müßte dann allerdings die für diesen Formenkreis — was die depressive Phase anbelangt — typische zur gemütlichen Erregung in einem gewissen Gegensatz stehende Denk- und Willenshemmung anerkennen; in der Tat können wir dieselbe an einem Teil der depressiv gefärbten Psychosen des

Rückbildungsalters beobachten. Schon diese Fälle sind zur Induktion geeignet, wenn man bedenkt, daß Denk- und Willenshemmung einhergehen kann mit einer Verminderung der kritischen Einstellung der Kranken gegenüber allen Dingen der Umwelt. Sie sind es allerdings nicht so sehr vom Aspekt der gemütlichen Erregbarkeit als Ursache für die wichtige Herabsetzung des individuellen Urteils aus. (Wenig disponiert für den Vorgang der psycho-pathologischen Induktion wären allerdings Individuen mit den von v a n d e r H o r s t beschriebenen Merkmalen des Alterns, „eine wehmütige Grundstimmung, ein Sinken des Bewußtseingrades und eine nüchterne, oft kritische Einstellung Menschen und Dingen gegenüber"; man geht auch wohl nicht fehl, wenn man diese Dinge als außerhalb des pathologischen Bereiches liegend betrachtet.)

Nun lehrt aber die Erfahrung, daß ein großer Teil der depressiv gefärbten Involutionspsychose besonders durch eine erhöhte Affektivität im Sinne der Angst oder Erregung imponiert, so auch bei unserer Patientin, Erregungszustände, die sich sogar zu deliröser Verwirrtheit steigern können. In all jenen Fällen also, in denen, wie auch in unserem Fall, die ängstliche Erregung dem Krankheitsbild der depressiv gefärbten Involutionspsychose einen charakteristischen Anstrich gibt, scheinen mir die Faktoren Angst und Erregung doch wohl recht geeignet, über den Weg einer durch sie bedingten Herabsetzung des individuellen Urteils oder verminderten Resistenz der Aufnahme wahnhaften Gedankeninhalts gegenüber, den Vorgang einer Induktion zu begünstigen.

Nach K r a e p e l i n gibt es ein „Fehlen der Denk- und Willenshemmung" bei diesen Involutionspsychosen, ja „sogar Ersatz dieser Erscheinungen durch Erregung". Auch L a n g e betont die erhöhte Erregbarkeit bei den Involutionspsychosen depressiver Färbung, und zwar besonders während der Menses. In derselben Richtung sprechen die Erfahungen von W o l l e n b e r g, K ö l p i n, G a u p p, H ü b n e r, daß im Verlauf periodischer Depressionen gelegentlich im Klimakterium die Hemmung durch ängstliche Erregung ersetzt sein kann.

Wie große Wichtigkeit andererseits den affektiven Faktoren schlechthin für das Zustandekommen der Induktion zukommen kann, hebt H. Sc h o e m b s hervor, indem sie darauf aufmerksam macht, daß „Minderwertigkeit in irgendeinem Sinne" nicht zu bestehen braucht, sondern daß „die affektbetonte Stellung des Zweiterkrankten zum ersten" oder auch

zum Inhalt der Psychose selbst die ausschlaggebende Rolle spielen kann. Bei diesen Betrachtungen stoßen wir dann allerdings auf Grenzgebiete, wo wir in der Übernahme von Ideen nicht mehr eine pathologische Reaktion annehmen können, sondern wo nur eine gewisse, durch affektive Faktoren geförderte Leichtgläubigkeit (crédulité) ein durchaus innerhalb der psychologischen Norm liegendes Acceptieren von Ideen sehr fördert; übrigens hat schon Schönfeld auf die Notwendigkeit der Abgrenzung dieser Fälle von crédulité von dem psycho-pathologischen Vorgang der Induktion hingewiesen. Von einer bloßen Leichtgläubigkeit kann, wie wir noch sehen werden, in unserem Fall nicht die Rede sein.

Die Affektivität wurde auch von anderen Autoren als wichtiger Faktor für das Zustandekommen der Induktion erkannt, so von Hartmann und Stengel. Sie glauben „auf keinen Fall darauf verzichten zu können, psychologische Mechanismen zur Erklärung heranzuziehen" und rücken neben den Faktor des Nachahmungstriebes in der Freud'schen Deutung der Identifizierung, dem Bestreben, das eigene Ich dem Vorbild ähnlich zu gestalten, — was besonders bei der Induktion eines Kindes von seiten der Eltern und älteren Geschwister, der Schüler von seiten der Lehrer und ähnlichen Fällen einen gewisse Rolle spielen könnte — Schuldgefühle als seelische Voraussetzungen zur „passiven Induktion" in den Vordergrund.

Aus dem Schuldgefühl gegenüber einem „Partner" resultiert naturgemäß eine Bereitschaft zur passiven Einstellung diesem gegenüber und damit ein Sinken des Widerstandes gegen die Aufnahme auch weniger glaubhafter Wahnideen von seiten dieses Partners. Hier spielt natürlich die willensmäßige Einstellung des Induzierenden als förderndes Moment auch eine Rolle, ausgedrückt in der Frage: Wünscht der Induzierende in irgend einer Form die Übernahme seiner Wahnidee?, wobei ich dahingestellt sein lasse, inwieweit hier das Temperament des Induzierenden oder ein Gewinn für ihn in irgend einer Form — was man in Analogie zur Schönfeld'schen Auffassung der Induktion auf seiten des Induzierten „Nachahmung aus egoistischem Antrieb" vielleicht Aufdrängung aus egoistischem Antrieb nennen könnte — für das Aufkommen solcher wohl selten bewußter Wünsche verantwortlich zu machen sind.

In unserem Fall können Schuldgefühle bei beiden Teilen infolge der schon seit Jahren bestehenden, vielleicht auch auf einer neurotischen Hemmung beruhenden, geschlechtlichen In-

aktivität existieren. Es bestände also dann beiderseits eine passive Bereitschaft zur Übernahme von Wahnideen, was durchaus mit der weiter unten besprochenen Annahme einer wechselseitigen Induktion in unserem Fall in Einklang zu bringen wäre. Dazu kann bei der Frau, bei der die Annahme eines konstitutionell depressiven Charakters für uns naheliegt, entsprechend ihrer depressiven Haltung eine besondere Neigung zu Selbstvorwürfen das Aufkommen solcher Schuldgefühle noch erleichtern; hierbei ergäbe sich dann die Frage, inwieweit generell das Klimakterium der Frau für das Aufkommen von Schuldgefühlen etwa aus Erkenntnis körperlicher und erotischer Unzulänglichkeit heraus für das Aufkommen solcher eine passive Einstellung fördernder Schuldgefühle verantwortlich gemacht werden kann.

Zusammenfassend darf ich jetzt sagen, daß derart affektbetonte, depressiv gefärbte Involutionspsychosen dem obenangeführten Leibowitz'schen Postulat für die Induktion, der Prädisposition, in Form der das „individuelle Urteil" und die kritische Einstellung herabsetzenden ängstlichen Erregungen und anderer affektiver Faktoren entsprechen. Wir aber müssen die Prognose dieser Induktion in Analogie zur Prognose der depressiv gefärbten Involutionspsychosen überhaupt in der Regel als schlecht stellen, wir hätten es hier, zumindest was die restlose Korrektur der Wahnideen anbelangt, mit recht hartnäckigen Fällen zu tun. Wir finden dies durch die bisherigen Erhebungen im Falle der Frau Gü. bestätigt. In dieser Richtung spricht auch der von Webster beschriebene Fall eines Ehepaares mit Involutionsmelancholie (a report of several cases of folie à deux/Marcy Hate Hosp. Marcy, M Y /), die ursprünglich vom Mann ausging. Es kam hier nicht zu identischen, aber sehr ähnlichen Ideen melancholischen Charakters. Die Psychose heilte nicht aus.

Hier möchte ich allerdings nicht versäumen, darauf hinzuweisen, daß wir bei den hartnäckigen Fällen depressiv gefärbter Psychosen des Rückbildungsalters an gewisse schizophrene Späterkrankungen denken müssen, die durchaus als depressiv gefärbte Psychosen imponieren, „denen aber in der Tat das Alter eine gewisse Färbung gibt" (Mayer-Gross). „Die nach einem längeren melancholischen Vorstadium allmählich verschlossener, unzugänglicher, mißtrauischer und ablehnender werden und eigenartige Manieren annehmen . . . an schizophrene Endzustände erinnern, ohne irgendwelche Zeichen von

größerer cerebraler Erkrankung zu bieten." (Wilmanns.) So vermutet auch Berze in gewissen Depressionszuständen des höheren Alters eine Art der Schizophrenie, nachdem schon ältere Autoren (Albrecht, Vorster, Luther u. a.) darauf hingewiesen haben, daß die Dementia-praecox-Kranken zuweilen auch mit Melancholie belastet sind. Tatsächlich bieten so gefärbte Involutionspsychosen in differentialdiagnostischer Beziehung oft erhebliche Schwierigkeiten. Bei unserer Patientin allerdings weist besonders die praemorbide Persönlichkeit, wie wir sehen werden, doch mehr auf eine psychogene Erkrankung bei einer eigenartigen psychopathischen Konstitution hin; allenfalls könnten noch die Eigenheit der Patientin, etwa in der Art ihr Schlafzimmer herzurichten, als Handeln aus einer gewissen Beeinflussung heraus oder ihre Befürchtungen über die ihr von irgendeinem untergeschobene Wäsche, das Gefühl, durch die Wände hindurch beobachtet und bestrahlt zu werden, auf eine organische bzw. organisch aufzufassende Psychose (Dementia praecox) hinweisen.

Wenn allerdings Luxenburger und Jahreis dahin wirken, den klinischen Umfang des induzierten Irreseins insofern einzuengen, daß sie alle Scheininduktionen zwischen schizophrenen Verwandten ausschließen, „echte Psychosen, besonders schizophrene Prozesse, sind niemals induziert", (Jahrreis: Zur Frage des sogenannten induzierten Irreseins. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 99, 1933), und wenn W. von Baeyer scharf zwischen induziertem Wahn, bei dem der eine Partner psychotisch, der andere psychogen beeinflußt ist, auch vom induzierten Querulantenwahn, bei dem keiner der Partner psychotisch sei und drei Fällen von „konformen Wahn" differenziert, bei dem beide Partner psychotisch seien (Verschiedenheit der Primärerscheinung, ihrer schizophrenen Erkrankung. Z.Neur. 140/398, 1932), so weist dies auf die Tendenz hin, den Begriff des induzierten Irreseins in dieser Richtung einzuschränken.

Hier muß dann allerdings immer wieder betont werden, um nicht in das dem obenerwähnten Weygandt'schen entgegengesetzte Extrem, einer zu weiten und dadurch unpräzisen Fassung des Begriffes Induktion, zu verfallen, daß zur Übernahme wahnhafter Vorstellungen und Ideen das Bestehen einer Psychose auf Seite des zu Induzierenden an sich ja nicht nötig ist, daß selbstverständlich eine Induktion, bei der neben vollkommener Identität in Form und Inhalt auch eine Vorbelastung des Induzierten möglichst weitgehend ausgeschlossen wäre, als

Schulfall einer induzierten Psychose zu betrachten wäre; Vorbedingungen dazu wären in der mit der Involution verbundenen Umwälzung der Psyche, sich in der oben beschriebenen Affektivität und anderen Symptomen äußernden Befunden gegeben, die wir oft noch der psychischen Normenbreite zurechnen können; wir werden jedoch beim Hinzutreten der oben erwähnten Leibowitz'schen „begünstigenden Umstände" zur Disposition oft auch das Bestehen einer Psychose bei dem zu induzierenden vielleicht schon vor Übernahme der Wahnideen vorfinden oder zumindest das Bestehen einer psychopathischen Persönlichkeit, weil wir im engen Zusammenleben, der Seelenharmonie, der Abgeschlossenheit gegen die Außenwelt Ausdrucksformen des sich nach außen vorzüglich in Erscheinungen des Milieus offenbarenden Phänomens „der schicksalsmäßigen Bindung psychopathischer Persönlichkeiten" erblicken, auf das wir weiter unten noch eingehen werden.

Leibowitz versteht also unter den begünstigenden Umständen Erscheinungen des Milieus mehr zufälliger Natur; weiter weist er darauf hin, daß man unter gewissen Umständen des konstitutionellen Faktors bei den induzierten Kranken entbehren kann, wenn nämlich der Induzierende durch eine „unspezifische Einwirkung" den zu Induzierenden „neurasthenisch mache". — Wir aber legen großen Nachdruck auf den konstitutionellen Faktor auf seiten des Induzierten und glauben diesen Faktor beim Zustandekommen der Induktion dadurch am besten zu beleuchten, daß wir das Erscheinen der begünstigenden Umstände unter dem Aspekt „der schicksalsmäßigen Bindung psychopathischer Persönlichkeiten" betrachten.

Zu diesem Zweck sei zunächst darauf hingewiesen, daß die praemorbide Persönlichkeit unserer Patientin, und auch die ihres Ehemannes, einen ausgesprochenen psychopathischen Akzent trägt, imponierte doch die Patientin vor allem ihrer Umgebung durch Verschrobenheit in Ansichten und Verhalten; dann weisen aber auch die wiederholt gefallenen ängstlichen Bemerkungen anläßlich von Untersuchungen „soll ich schon wieder verhört werden?", ihre Abgeschlossenheit nach außen, das Mißtrauen ihren Verwandten gegenüber, wohl aus dem Gefühl heraus, von diesen für ihre Person Schädliches und Herabsetzendes zu erfahren, indem sie Worte und Handlungen von dieser Seite aus vielleicht mißdeutete, auf gewisse paranoische Bestandteile ihrer Konstitution hin, die sich durchaus unter dem Einfluß eines seelischen Erlebnisses zu einer paranoischen Psychose verdichtet haben könnten.

Auch vom Manne erfahren wir, daß er aus einer Familie von Sonderlingen, Geizhälsen, Sammlern und ähnlichen absonderlichen Persönlichkeiten stammt. Auch er wird schon von jeher als Sonderling beschrieben. Sein Verhalten zur Umwelt trägt ebenso wie das der Frau den Stempel psychopathischer Belastung.

Wir würden hier nur die von K l e i s t als I n v o l u t i o n s p a r a n o i a herausgehobenen Beobachtungen vorfinden, auf deren Beziehung zum zirkulären Kreis auch L a n g e r aufmerksam macht: „Bei alternden Frauen, besonders in mehr oder weniger enger zeitlicher Beziehung zum Klimakterium (in einer meiner Beobachungen künstliches Klimakterium um das 30. Jahr herum) setzen Wahnbildungen ein", bei denen „neben rein oder doch vorwiegend expansiven auch Mischaffekte eine große Rolle spielen, von einer Art, die sich zirkulären affektiven Störungen erheblich annähern kann. Es besteht vielfach große Anregbarkeit, und es lassen sich Denkstörungen formaler Art nachweisen, die Kleist als Hemmung und Haften + Ideenflucht bezeichnet, bei denen jedoch die, wenn auch leichte, Ideenflucht oder aber eine lange anhaltende, vorwiegende Denkhemmung die offensichtlichen Zusammenhänge zum zirkulären Kreis besonders hervorheben."

Im selben Zusammenhang erwähnt L a n g e r das Auftreten von Wahnbildungen, bald phantastisch auseinanderfallend, wobei die Persönlichkeit dauernd erhalten bleibt, häufig systematisiert „früher oder später zu halluzinatorischen Vorgängen führend, bald aber auch wirklichkeitsnahe, ja, großenteils verständlich auf bedeutsame Erlebnisse bezogen".

Daß nun solch ein Erlebnis — und zwar dasselbe bei zwei den Faktor der Prädisposition zeigenden Individuen — in unserem Falle bei dem Ehepaar Gü., eingetreten war, kann man immerhin als wahrscheinlich annehmen, ergibt sich doch aus der Anamnese, daß Gü. tatsächlich seine Steuern zu niedrig angegeben hat, und somit die quälende Furcht vor der Entdeckung als auslösender Faktor beim Entstehen der Psychose für beide eine entscheidende Rolle gespielt haben mag. Übrigens ist die Erscheinung, daß mehrere Individuen gleichartig durch die gleiche Gelegenheitsursache — allerdings unabhängig voneinander — erkranken, sowohl von französischen Autoren als folie simmultanée als auch in Deutschland von K n i t t e l als Simultanwahnsinn gekennzeichnet werden. Doch ist bei unserer

Patientin die Bedingung des unabhängigen Zustandekommens keineswegs erfüllt, im Gegenteil sehen wir bei der Frau die Entwicklung der Wahnideen in enger Abhängigkeit von ihrem Ehemann vor sich gehen. Ich halte es nicht für unfruchtbar, an dieser Stelle auf die schon wiederholt erwähnte „schicksalsmäßige Bindung psychopathischer Persönlichkeiten" hinzuweisen (K a h n , S t e n g e l).

Eine solche scheint tatsächlich bei unserem Ehepaar zu bestehen: Es ist einleuchtend, daß zwei Individuen mit ähnlichen Eigenheiten sich zur Ehe finden im Gefühl, daß der eine den anderen versteht. Dieses Verständnis, das Sonderlingen von der Umwelt sonst selten entgegengebracht wird. Die innere Verwandtschaft der Krankheitsformen ist eine Ursache mit für die Beeinflussung, und zwar g e g e n s e i t i g e Beeinflussung; weitgehendes Verständnis, entspringend aus der Verwandtschaft der Krankheitsformen, für die Eigenart des anderen, erleichtert dem Partner das Eingehen auf diese. Hinzukommen mag noch die von L e i b o w i t z beschriebene „Gleichstimmung der beiderseitigen Gemütslage in der Gefühlsstimmung des Verkannt- und Unterdrücktseins", und wir stehen vor einem Zustand des gegenseitig „Aufsichangewiesenseins", der in seiner Totalität nicht die Möglichkeit einer kritischen Einstellung dem Partner gegenüber aufkommen läßt; es ist in der Tat eine schicksalsmäßige Verkettung, die in ihrer Innigkeit sogar eine Provokation oder eine gegenseitige Intensivierung der Krankheitsbilder schaffen kann — so könnte man sich die Provokation im gewissen Sinne durch das Zustandekommen der obenerwähnten Schuldgefühle auf beiden Seiten erklären — und so immer neuer Übertragung Vorschub leistet.

Unter solchen Bedingungen wie den eben genannten liegt die Annahme einer wechselseitigen Induktion nahe: Schuldgefühle auch auf seiten des zuerst Induzierenden vermindern auch seine Widerstandskraft, wenn der ursprünglich Induzierte aus seiner Passivität heraus geht, am Wahnaufbau aktiv Stellung nimmt und seinerseits jezt mit der Übertragung von Wahnideen beginnt, zum Induzierenden wird. Dieser circulus vitiosus ist letzten Endes des Schicksal für zwei Persönlichkeiten, an das sie untrennbar gekettet und gebunden sein können, eben weil sie psychopathische Persönlichkeiten sind.

Unter diesem Aspekt müssen wir also auch dem zu Induzierenden beim Zustandekommen der Induktion eine gewich-

tige Rolle einräumen. Wir sehen seine aktive Beteiligung ebenso wie die des primär Induzierenden; daran ändert auch die oft beschriebene Erscheinung nichts, daß die Übertragung um so leichter stattfindet, je möglicher der Wahninhalt ist, je weniger er der Umwelt als krankhaft imponiert. Selten ist die rein passive Einstellung des Induzierten „den Paranoischen macht sicher nur der Induzierte zum Induzierenden" formuliert Jahrreis in diesem Zusammenhang, weist weiter darauf hin, daß sogar die schwächere Persönlichkeit die stärkere beeinflussen kann. Hierher gehört z. B. die Reaktion mancher ethisch hochstehender Persönlichkeiten, daß sie regelmäßig Partei eines augenblicklich Bedrängten ergreifen und seine Sache zur eigenen machen, auch dann, wenn der Betreffende zu recht oder gar nur vermeintlich angegriffen ist.

Nicht allzu selten sind die Fälle, die den Rahmen des psychisch Normalen durchaus nicht überschreiten. Hierher gehören auch die Individuen, die der Umwelt als die bekannten Erscheinungen der „Unzutrennlichen" oder der „Ehepaare, die sich immer ähnlicher werden" imponieren.

An dieser Stelle sei auch erwähnt, was Bischofswerder als Ergebnis einer systematischen Untersuchung mehrerer Fälle von i. J. gefunden hat, eine Untersuchung, die generell die Stellungnahme möglichst aller Angehörigen der Kranken zu den Psychosen mit paranoischer Wahnbildung zum Zwecke eines möglichst breiten Ausgangspunktes für die Erforschung der Induktionsvorgänge ergründen sollte. B. kommt zu der Auffassung, „daß sich sehr wohl kontinuierliche psychologische Übergänge denken lassen zwischen denjenigen Fällen von vermindertem Kritikmaß, die wir der psychischen Normbreite zurechnen müssen, und solchen Fällen, bei denen wir mit Sicherheit ein induziertes Irresein im Sinne einer psychogenen Psychose feststellen können, da sie ein vollentwickeltes paranoisches Symptomenbild boten". (Die Fruchtbarkeit solcher von B. vorgeschlagenen systematischen Untersuchungen Angehöriger von Paranoikern unter dem Aspekt einer evtl. vorliegenden Induktion wird herausgehoben durch die immer wieder beschriebenen Fälle, bei denen Wahnkomplexe paranoischer Natur auf mehrere Mitglieder einer Familie durch Induktion übertragen werden. So schildern Fortineau, J. et P. Petit einen Fall von délire á quatre, Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 80. Bd., H. 3—4, 1936, in dem Mann und Frau, beide erblich be-

lastet, an einer paranoiden Psychose gleichen Inhalts erkranken, die auch die beiden etwas debilen und suggestiblen Schwestern des Mannes erfaßt; während die Psychose beim Mann und bei der Frau anhält, klingt sie bei den Schwestern ab.)

Zum Schluß seien mir noch einige nosologische Betrachtungen gestattet. Wenn H. Poeckels die Auffassung gewinnt, daß es eine spezifische Krankheit i. J. nicht gibt, aber 1. verschiedenartige psychogene Erkrankungen, bei denen man häufig eine psychopathische Konstitution oder eine organische Krankheit auf seiten des Induzierten vorfindet, und 2. induzierte Wahnsyndrome bei schizophrenen und paraphrenen Prozessen, erkennen wir hieraus die zwei Gesichtspunkte psychogene oder organische bzw. organisch aufzufassende Erkrankung. Man kann sich zu diesem Poekels'schen Schluß stellen wie man will, nosologisch ist es jedenfalls nicht ganz unzweckmäßig, das i. J. unter diesen zwei Gesichtspunkten zu betrachten.

Riebeth bringt nun die wertvolle Anregung, die von den französischen Autoren stammenden Termini „folie imposée" und „folie communiqué" zu verwenden, und zwar schlägt er vor, unter der fol. imp. die Erkrankungen psychogener und unter fol. com. diejenigen organischer Natur zu verstehen.

(Weniger fruchtbar im Hinblick auf die nosologische Betrachtung scheint uns infolge der schon oben erwähnten begrifflichen Einengung die von Wollenberg mit dem älteren französischen Autor Maranthon de Monthyel gemeinsam vertretene Auffassung, daß man von einer fol. com. als der einen wichtigen Untergruppe der „folie à deux" nur sprechen kann, falls „eine wirkliche Übertragung der der Psychose stattfindet, derart, daß B. die Wahnideen von A. akzeptiert, weiter ausbaut und zu den seinen macht", von einer folie imp., als der anderen wichtigen Untergruppe der „folie à deux" dann, „wenn A. vermöge seines sozialen und moralischen Übergewichts seine Wahnideen einem anderen (B.) aufdrängt, B. diese aber nur zu akzeptieren scheint und sich ihrer als einer fremden Sache sofort entledigt, sobald A.'s schädlicher Einfluß aufhört.")

Eine Einordnung unseres Falles in jene klassische Unterteilung des induzierten Irreseins ist immerhin sehr schwierig. Kompliziert wird der Fall durch die schon oben erwähnten Schwierigkeiten bei der Beurteilung solcher psychischen

Störungen des höheren Lebensalters: kann bei arteriosklerotischen Frühsymptomen, Hypertonie, postapoplektischen Psychosen und Verwirrtheitszuständen, Enzephalitis subcorticalis, Pseudobulbärparalysen, der gesicherte Oberbegriff Arteriosklerose als Orientierung dienen, so ist auf der anderen Seite bei den gewöhnlich unter „präsenilen Formen" beschriebenen psychischen Störungen des höheren Lebensalters der subjektiven Anschauung des Psychiaters die größte Freiheit gegeben. Hier steht nicht fest, wie weit die Grenze des schizophrenen Formenkreises gezogen wird, hier begegnen wir der besonders von Wilmanns vertretenen Forderung einer Einordnung der Involutionsmelancholie in den manisch-depressiven Kreis; es bleibt hier tatsächlich der subjektiven Anschauung überlassen, ob hier Akzidental-Psychosen der Arteriosklerose (depressive, manische, paranoische Zustände) oder Paranoia und Paraphrenie, Spätkatatonie, Involutionsparanoia und Melancholie oder psychotisch ausgebaute Sonderformen seniler und präseniler Demenz gemeint sind.

Die strengste Beurteilung könnte bei unserem Fall mit der Diagnose Involutionspsychose differentialdiagnostisch eine induzierte Psychose als rein psychogene Erkrankung unter Umständen ausschließen und würde sich dabei besonders auf die Tatsache stützen, daß bei der Patientin trotz Trennung von ihrem Mann die Erscheinungen nur langsam abklingen (auch aus der Katamnese ergibt sich ja, daß bei der Pat. nach einem halben Jahr, wenn auch eine weitgehende, so doch keine vollkommene Korrektur der Wahnideen erreicht ist).

Unbestreitbar besteht jedoch eine selbständige Erlebnisverarbeitung, ein Verarbeiten übernommenen Wahninhaltes, das zweifellos eine paranoide Färbung trägt, und das ist ein entscheidendes Kriterium für die Diagnose induziertes Irresein: Die Pat. hat nicht nur passiv übernommen, sie spinnt selbständig Gedanken und Befürchtungen weiter aus. Es kam bei ihr zu selbständig erlebten Mißdeutungen, teils auch zu einer Steigerung der Eigenbeziehung, Beeinträchtigungsvorstellungen wurden erzeugt und verarbeitet. So greift sie zeitweise sogar aktiv in den Vorgang der Induktion mit ein. Die Rolle des Induzierenden bzw. des Induzierten ist in ihrer Verteilung keineswegs konstant. Vielmehr scheint hier bis zu einem gewissen Grade fortlaufend eine wechselseitige Beeinflussung stattgefunden zu haben.

Vergegenwärtigt man sich die Tatsache, daß ein nicht unerheblicher Teil der beschriebenen induzierten Psychosen sich aus den Reihen der sogenannten „älteren Ehepaare" rekrutiert, so mag man hierfür in den mit der Involution auftretenden psychischen Umwälzungen, dem dadurch bedingten Sinken der psychischen Widerstandskraft, in der erhöhten Affektivität eine gewisse Erklärung finden. Noch besser erklärbar wird die Tatsache, wenn wir — wie in unserem Falle — jene Bedingungen vorfinden, die zur „schicksalsmäßigen Bindung psychopathischer Persönlichkeiten" führen.

Schrifttum.

1. Bonhoeffer: Wieweit kommen psychologene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind?
2. Bumcke: Lehrbuch der Geisteskrankheiten.
3. Berze, Mayer, Gross u. Willmanns: (aus Bumcke, Hdb. d. Geisteskrankh.)
4. Bischofswerder: Beiträge zur Frage der psychopathologischen Induktion. Inaug. Diss. Berlin 1930.
5. Gaupp: Die Depressionszustände des höheren Lebensalters. M. m. W. 1905, S. 1531.
6. Hartmann, H. u. E. Stengel: Zur Psychologie des induzierten Irreseins. Arch. f. Psych. u. N. 95, Bd. S. 584.
7. Hübner: Ueber die klinische Stellung der Involutionsmelancholie. Ztschr. f. Psych. u. psych. ger. Med. Bd. 64.
8. Jakobi, E.: Die Prognose der Rückbildungsdepression und verwandter involutiver Prozesse. Arch. f. Psych. u. N. Bd. 95, S. 423.
9. Jahrreis, W.: Zur Frage des sogenannten induzierten Irreseins. Allgem. Ztschr. f. Psych. u. psych. ger. Med. Bd. 99, S. 344.
10. Kahn: Die psychopathischen Persönlichkeiten. (Bumcke, Hdb. d. Geisteskrankheiten, sp. T. I.)
11. Kleist: Involutionsparanoia. Allgem. Ztschr. f. Psych. u. psych. ger. Med. Bd. 70, S. 1, 1913.
12. Koelpin: Klinische Beiträge zur Melancholiefrage. — Arch. f. Psych. u. N. Bd. 89.
13. Kraepelin: Lehrbuch für Psychiatrie.
14. Lange, J.: Die endogenen und reaktiven Gemütserkrankungen. Berührungen und Ueberschneidungen mit dem paranoischen Kreis. (Bumcke, Hdb. d. Geisteskrankheiten.)
15. Leibowitz: Arch. f. Psych. 1910.
16. Partenheimer: Ztschr. f. d. ges. Psych. u. N. Bd. 6.
17. Poeckels: Göttinger Inaug. Diss. 1922.
18. Schaembs, H.: Inaug. Diss. Freiburg 1924.
19. Stengel, E.: Zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Zwangsneurose und Paranoia. Arch. f. Psych. u. N. Bd. 95, S. 8.
20. Weigandt: Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien.
21. Wollenberg: Ueber psychische Infektion. Arch. f. Psych. Bd. 20, 1889.
22. Schönfeldt: Ueber induziertes Irresein. Folie communiqué Arch. f. Psych. Bd. 26, 1894.

Lebenslauf.

Am 8. Oktober 1912 wurde ich als Sohn des prakt. Arztes Dr. med. Karl Heinrich Röbel und seiner Ehefrau Johanne geb. Lohs geboren. Nach vierjährigem Besuch der Volksschule meines Heimatortes Einsiedel, wurde ich 1923 Schüler des humanistischen Gymnasiums zu Chemnitz; dort legte ich 1932 meine Reifeprüfung ab.

Während meiner vorklinischen Semester hörte ich an den Universitäten München und Greifswald.

Nach bestandenem Physikum und Ableistung meiner Arbeitsdienstpflicht bezog ich im Wintersemester 1934 die Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin und wurde zu gleicher Zeit als Fahnenjunker im Sanitätskorps Angehöriger der Militärärztlichen Akademie Berlin.

In den Semesterferien famulierte ich hauptsächlich auf inneren und chirurgischen Stationen und meinem großen Interesse folgend an einer Nervenklinik. — Im Herbst 1937 legte ich in Berlin mein med. Staatsexamen ab und wurde anschließend an das Standortlazarett Leipzig kommandiert.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Professor Dr. Bonhoeffer, möchte ich auch an dieser Stelle für die Ueberlassung der Arbeit meinen ergebensten Dank aussprechen.